

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941 N° 55

LE MORPHINISME DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Madame BAUD NELLY

Née le 23 Janvier 1915, à BAGNOLS S/CÈZE (Gard)

LYON

RAPID-COPY

8, Rue de l'Arbre-Sec

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941 N° 55

LE MORPHINISME DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Madame BAUD NELLY

Née le 23 Janvier 1915, à BAGNOLS S/CÈZE (Gard)

LYON

RAPID-COPY

8, Rue de l'Arbre-Sec

—
1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	LERICHE
Clinique dermatologique et syphiligraphique	VORON.
Clinique enurologique et psychiatrique	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	X...
Chimie biologique et médicale	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	X...
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.	J.-F. MARTIN.
Médecine légale	SANTY.
Hygiène.	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	X...

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale ..	MM. THEVENOT (L.).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.)
CHAMBON	PIGEAUD	LEV RAT	MARTIN (P.-E.)
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BOUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFEAULT
CREYSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON Prés., DECHAUME, FROMENT R., BANSSILLON

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR PAUL AGNIEL

Je garde le culte de sa mémoire.
Sa vie sera pour moi un exemple.

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

En faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.

A MES FRERES

A MON MARI

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter d'être notre président de thèse. Nous le prions d'agréer, pour l'honneur qu'il nous fait, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME

Médecin des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous avons gardé le souvenir fidèle de son enseignement.

Ce nous est une joie de pouvoir ici, avec notre reconnaissance, lui témoigner notre admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon

Il nous fait l'honneur de consentir à juger notre travail. Nous le prions de trouver ici l'expression respectueuse de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. FROMENT

Médecin des Hôpitaux de Lyon

Nous ne saurions oublier tout ce
qu'il a fait pour nous, et notre re-
connaissance lui demeure acquise.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Lyon

Officier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous confier ce
travail. Nous le remercions pour sa
bienveillance et ses conseils.

Qu'il nous permette de lui renou-
veler notre respectueux attache-
ment.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET.
MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMINET
MONSIEUR LE DOYEN LEPINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNET
MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION. — RAPPEL HISTORIQUE

Le titre de ce travail « Le morphinisme du nouveau-né » a été choisi intentionnellement. Il diffère de celui qui, communément, vient à l'esprit ; à savoir morphinomanie. Cette dernière expression est appliquée aux cas où, dans le mécanisme de l'intoxication chronique par le dérivé opiacé, intervient un élément psychique, le bescin d'une satisfaction intellectuelle ou sensorielle. Il n'en est pas — ou il ne semble pas en être ainsi — chez le fœtus et le nouveau-né.

Mais l'étude du morphinisme constaté chez l'enfant ne doit pas s'arrêter à celui-ci. Elle comporte celle des générateurs, du Père et de la Mère et leur part respective dans l'établissement de la toxicomanie, les conditions dans lesquelles l'être nouveau a été procréé, comment se sont déroulés la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Ces éléments en apparence dissemblables constituent cependant un tout complet qu'on ne saurait dissocier. C'est la raison pour laquelle seront exposées ici des considérations sur la morphinomanie paternelle et maternelle.

Ce travail a pour objet l'étude du morphinisme du

nouveau-né. Il a pour point de départ l'observation faite par nous d'un nouveau-né issu d'une mère morphinomane de date ancienne. Dans les premières heures qui suivirent la naissance, cet enfant présenta des signes manifestes d'abstinence. Nous fûmes ainsi conduits à décider sans retard de lui administrer de la morphine. Il nous a semblé intéressant de reprendre l'histoire des relations entre la morphinomanie et l'état gravidique.

Cette histoire est ancienne. La littérature médicale est, à son sujet, déjà riche d'enseignements.

Il faut rappeler à ce propos que l'usage permanent de la morphine aboutissant à une intoxication générale a été étudié et observé à partir du moment où l'usage du médicament a été diffusé grâce à l'emploi des injections sous-cutanées (1850). La morphine elle-même a été découverte en 1806, moment auquel un chimiste français, Seguin, l'a isolée de l'opium et l'a dénommée narcotine. A cette même substance, en 1815, on donna le nom de « morphine » d'un mot grec qu'on dit signifier sommeil. Mais, longtemps, on l'employa seulement par voie buccale. C'est un médecin français, Laffargue (de St-Emilion), qui imagina d'introduire certains médicaments par le tissu cellulaire sous-cutané.

En 1871, un médecin allemand, Lohr, publia le premier cas de morphinomanie. Huit ans plus tard, Levinstein fit connaître une statistique qui comprenait 110 malades faisant un usage permanent de la morphine et présentant une intoxication chronique, à savoir la morphinomanie.

Dans les années qui ont suivi, on s'occupa activement de la morphinomanie, de sa fréquence, de ses modalités cliniques, des méthodes les meilleures à employer pour réaliser une cure de désintoxication. Beaucoup de travaux ont été entrepris à ce sujet. Il paraît inutile de les analyser ici.

Au surplus, ils sont cités longuement dans quelques travaux récents parus en langue allemande : ceux de Menninger-Lerchenthal, de Meyer et de Pohlisch, qui étudient plus particulièrement les problèmes posés par le morphinisme du nouveau-né.

Le premier de ces auteurs présente, en 1921, une étude d'ensemble sur le morphinisme du nouveau-né.

Il signale d'abord que le nombre total de cas — au moins de ceux connus à l'heure actuelle — de morphinisme chez le nouveau-né, est peu élevé par rapport au pourcentage de la mortalité des nouveau-nés considérée en général. Mais, comme il le fait remarquer, il importe de bien préciser comment doit être cliniquement défini le tableau de la maladie. Si, en effet, cette dernière est méconnue, si l'on ne s'est pas, en temps opportun, occupé de prendre les mesures nécessaires, l'enfant peut être en danger de mort ; car il faut éviter les inconvénients graves de l'abstinence.

Le morphinisme, dit Menninger, est l'accoutumance physique et psychique au poison. De fait, le nouveau-né peut être considéré comme malade puisque pendant la vie intra-utérine il a participé à la morphinomanie de la mère.

Le sexe féminin est moins sujet que le sexe masculin à la morphinomanie. La femme adopte le toxique plus tard que l'homme. Elle peut se sevrer plus facilement que lui. Encore de nos jours, les femmes morphinomanes appartiennent à des milieux et à des professions où le désir de procréer des enfants est souvent limité. Elles ne craignent pas d'user de moyens anticonceptionnels ou abortifs.

Déjà Levinstein avait observé que quelques-uns de ces enfants confiés après la naissance à une personne étrangère, présentaient immédiatement des signes d'abstinence, à savoir vomissements, diarrhée, insomnie, nervosité exagérée, convulsions, respiration forcée, etc. Si l'on ne donne pas à ces nouveaux-nés de la morphine, ils dépérissent et meurent.

En 1930, Langstein cite le cas de cinq nouveaux-nés de femmes morphinomanes. Un, né à terme : naissance normale — eut cependant une convulsion lors du sevrage de morphine. Mais développement ultérieur normal. Deux autres enfants agités, vomissaient. Décès par dystrophie grave. Un autre décédé à 1 an.

Un auteur, Pettey, établit un rapport entre le temps qui s'écoule depuis la naissance jusqu'à l'apparition des premiers symptômes et les intervalles au bout desquels la mère prend la drogue. Si, par exemple, elle absorbe la morphine 24 heures après l'accouchement, les symptômes apparaissent aussitôt chez le nouveau-né. Si la mère a absorbé le toxique peu de temps avant d'accoucher, les manifestations sont tardives. Les phénomènes d'abstinence ne

se montrent en général qu'au bout de 24 heures ; il en est de même chez l'adulte qui est soumis à une cure de désintoxication. D'ailleurs, tout dépend de la quantité de morphine qui se trouvait dans l'organisme au moment de la désintoxication.

En terminant, Menninger signale qu'il existe une différence marquée, en ce qui concerne le nombre des nouveau-nés issus de mères morphinomanes, en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique. Il mentionne le résultat d'une enquête entreprise en 1921 par le Comité de Pharmacie, en ce qui concerne cette question : « Avez-vous observé une intoxication congénitale par les narcotiques chez les enfants de mères toxicomanes pendant la grossesse ? A cette question 570 réponses furent données : 9 % répondirent affirmativement, 2 mentionnaient qu'on doit entendre parler de cas semblables, 513 répondirent non. Sarah Graham-Mulnat parle de 53 cas semblables. Un peu plus tard, en 1926, le registre de contrôle des stupéfiants a enregistré 800 femmes morphinomanes. Menninger dit que dans le Sud, la plupart des nourrissons et des enfants reçoivent de l'opium jusqu'à 5 ans et cependant, observe-t-il, le peuple indien n'est pas, pour cela, dégénéré.

F. Meyer (de Berlin) a publié en 1936 un article intitulé « Considérations gynécologiques et obstétricales au sujet des femmes morphinomanes ».

La première question étudiée par lui est celle-ci : les maladies gynécologiques ou la grossesse provoquent-elles le besoin de médicaments et particulière-

ment de morphine ? Il répond catégoriquement par la négative. Si des femmes réclament abusivement l'emploi de la morphine pour atténuer les douleurs provoquées par une affection du domaine gynécologique et, à plus forte raison, par une grossesse même anormale, si progressivement, la femme devient une toxicomane, c'est que originellement, constitutionnellement, elle était prédisposée, que l'incident pathologique a été seulement la cause occasionnelle, non efficiente. Maladie ou gravidité ne sont, en somme que moyens de « déclencher » une prédisposition demeurée latente. Comme le dit Meyer, la « nervosité a servi de plateforme sur laquelle la manie s'est solidement établie ». L'auteur rapporte des observations qui plaident dans ce dernier sens.

Il se demande ensuite quelle est l'évolution de la grossesse et le sort des enfants nés de mères morphinomanes. Quatre observations lui ont fourni les éléments de la réponse.

La première concerne une malade âgée de 44 ans dont il résume ainsi l'histoire. Morphinomanie ayant commencé à l'âge de 24 ans pour combattre, disait la malade, des crampes d'estomac. Première grossesse (l'âge auquel la grossesse est survenue n'est pas spécifié); en 1925, reçoit une piqûre, car le mari pensait à une colique hépatique. L'enfant meurt à l'hôpital : après accouchement au huitième mois. En 1926, opération pour une grossesse tubaire. A ce moment, la malade ne se faisait aucune piqûre. Récidive de morphinomanie en 1930. Elle accuse 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigrs par jour. Nouvelle grossesse. Au

troisième mois, le médecin conseille d'interrompre la grossesse. Mais refus de la malade. Elle accouche alors qu'elle prenait une dose quotidienne de 0 gr. 04 cent. de morphine, après avoir perdu les eaux depuis deux jours ; les bruits du cœur de l'enfant faiblissaient. Application de forceps. Garçon : 7 mois, 1.600 grs. Alors que la mère aurait pu l'allaiter, le médecin de famille pensait que la morphine ne serait pas nuisible à l'enfant, l'accoucheur s'opposa à l'allaitement par la mère. Nouveau-né mis en couveuse. Il y resta trois mois. A la sortie, pesait 3 kilogs. On diminue les somnifères (l'auteur ne donne pas à ce sujet des précisions suffisantes). Cet enfant souffrait certainement d'abstinence, car, dit l'auteur, il dormait mal, était agité. La désintoxication de la mère ne fut pas réalisée. Elle absorbait des quantités assez fortes d'alcool, juillet 1935 ; l'enfant a 4 ans, physiquement délicat, sans tare psychique.

La première observation se termine à 8 mois : éclampsie et enfant mort. Deuxième grossesse : tubaire. Troisième grossesse : accouchement à 7 mois, 1.600 grs. Meyer signale que dans « un assez grand nombre de cas, les naissances ont été prématurées, avec poids des enfants inférieur à la normale. » Il insiste sur la nécessité pour la femme morphinomane d'allaiter l'enfant autant que possible, sans quoi pourrait survenir le phénomène de l'abstinence. Il ajoute cependant que l'allaitement doit être écourté pour limiter le plus possible l'apport de morphine par le lait.

Une autre observation concerne une femme de

40 ans, mariée depuis 13 années. A l'accouchement du premier enfant, rupture du périnée — injection d'eucodal — en 1923, après de nombreuses coliques hépatiques, l'injection de morphine par le mari médecin. Morphinomanie constituée. En 1923, accouchement d'une fille après une grossesse de 7 mois 1/2. Rupture prématurée de la poche des eaux. Les douleurs commencent trois jours après. Poids de l'enfant: 1.750 grs. Sa mère l'allait. 1934. Enfant adipeux. A beaucoup maigri depuis qu'elle est réglée. Elle aime à être seule, n'a pas d'amis, lit beaucoup, ne se confie qu'à sa mère, est très sensible.

La mère : 1925, avortement au troisième mois. Dose quotidienne de morphine : 0 gr. 05 centigrs par jour.

1926 : nouvelle grossesse. Même dose quotidienne. Pour sauver l'enfant, on pratique une fixation ventrale. Pourtant, au quatrième mois, avortement provoqué.

1929 : nouvelle grossesse. Accouchement à terme ; les douleurs sont beaucoup plus violentes que pour le premier enfant. Celui qui vient alors au monde pèse 3.000 grs. Il présente d'abord des symptômes nets d'abstinence : éternuements, baillements, sommeil agité. La mère aurait pu allaiter l'enfant. Elle avait une quantité suffisante de lait. Mais l'accoucheur et le psychiatre le déconseillent, sans raison plausible. L'enfant s'est développé normalement.

L'auteur ajoute « cette malade — abstraction faite des fausses-couches dont les rapports avec la morphinomanie ne pourront être exactement appréciés que lors-

que nous aurons à notre disposition un matériel plus complet — a eu une grossesse de 7 mois 1/2 et un enfant au-dessous du poids normal, à une époque où elle n'était pas encore sujette à la morphinomanie, alors que morphinomane elle met au monde un enfant à terme pesant 3.000 grs. C'est là un avertissement de n'interpréter qu'avec prudence les observations publiées et pour conclure, il faut attendre d'avoir à notre disposition un nombre suffisant d'observations.

Meyer aborde encore le problème du lieu à choisir pour la cure de démorphinisation. Beaucoup de questions doivent être résolues. D'abord, celle du vrai sevrage, complet, définitif. Il est indispensable qu'aucune intervention étrangère ne s'exerce pour faciliter le ravitaillement en morphine. Il faut aussi que le patient ne substitue pas une toxicomanie à un autre, somnifère, éther ou alcool. On doit encore établir qu'aucune récurrence n'a été constatée. Pour toutes ces raisons, une cure dans une clinique, dans un établissement spécial est à ses yeux obligatoire.

Encore un problème à examiner: celui des troubles menstruels survenant au cours de l'intoxication morphinique et le retour éventuel des règles après une cure de désintoxication. Souvent, dit Meyer, la femme se comporte comme l'homme. Chez celui-ci, la « libido », puis la puissance sexuelle diminuent, sans que l'on puisse établir sur ce point une règle fixe, immuable. Il en est de même chez la femme; chez elle aussi la « libido » diminue. Ensuite, les périodes menstruelles sont plus espacées, d'une durée

moins longue ; puis elles disparaissent. Mais Meyer observe qu'il n'a pu tirer aucune conclusion quant à un parallélisme entre les modifications menstruelles et la durée de la morphinomanie ou l'importance de la dose quotidienne de toxique. Il dit que « chez certaines femmes, les règles disparaissent très vite ; et il est possible que, malgré l'absence de règles, ces femmes puissent concevoir ». Pohlisch émet l'hypothèse que les ovaires n'ont été que peu ou n'ont pas été attaquées par la morphine.

Telles sont les remarques diverses, toutes intéressantes, faites par Meyer dans cette étude, sur le comportement des femmes morphinomanes, aux divers points de vue du mariage, des accouchements, de l'allaitement et de la menstruation. L'auteur n'apporte pas des conclusions fermes et dit lui-même que des observations ultérieures sont encore nécessaires. Le problème n'est nullement résolu.

Le travail le plus important sur les relations entre morphinomanie et puerpéralité est celui du Professeur Pohlisch (de Berlin, 1934). L'auteur s'appuie sur une importante statistique. Il envisage le problème dans toute son ampleur, notamment en ce qui concerne la répercussion de la morphinomanie paternelle ou maternelle sur le fœtus et le nouveau-né. Du point de vue biologique, ou plus exactement eugénique, les conditions ne sont nullement identiques. S'il s'agit de la mère, il faut compter avec un passage répété, intense, permanent de la morphine pendant la vie intra-utérine tout entière. Lorsque, au contraire, seul le père est atteint de la toxicomanie, l'im-

prégnation frappe l'élément mâle, le spermatozoïde. Il reste donc à établir si cette imprégnation du germe peut, ou non, avoir sur le développement ultérieur de l'être nouveau une influence nocive. Or, actuellement, on est en possession de documents qui permettent de répondre par la négative. D'autre part, Pohlish a pu étudier avec soin les antécédents, la généalogie et la destinée ultérieure de nombreux enfants issus de parents morphinomanes. Ainsi, tous les problèmes concernant la morphinomanie sont abordés et largement discutés. Nous nous sommes beaucoup inspirés de cette monographie dans l'étude que nous présentons ici.

CHAPITRE II

LA MORPHINOMANIE MATERNELLE : GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, SUITES DE COUCHES

L'intoxication chronique par la morphine doit être étudiée chez la mère à plusieurs points de vue. Le sujet prête à de multiples considérations. Mais nous limiterons l'exposé à quelques généralités et à ce qui concerne le cours de la grossesse, l'acte de l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement par la mère de l'enfant morphinisé.

Les généralités peuvent être résumées de la façon suivante :

L'intoxication chronique par la morphine est, d'une façon générale, peu fréquente chez la femme. Il n'est pas possible d'établir une statistique exacte de cette fréquence. Le dénombrement des cas ne saurait être authentiquement établi. Trop de causes d'erreur interviennent pour fausser les statistiques. Nous ne sommes que partiellement renseignés sur l'étendue et l'extension du fléau. D'ailleurs, cela dépend de circonstances extérieures fort différentes les unes des autres : milieu, profession, état social, latitudes, etc. Il est bien évident qu'il existe une différence marquée entre ce qui se passe dans certains pays, comme

l'Extrême-Orient ou la France métropolitaine par exemple, et, dans la France, entre certaines régions méditerranéennes et l'intérieur de notre pays. D'une façon générale cependant, on peut dire que, en France, la morphinomanie est peu fréquente.

On s'est demandé ce qui conduit à la morphinomanie. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question souvent débattue. L'intoxication chronique ne se développe pas sur un terrain quelconque, indifférent. Comme on l'a dit avec raison, il est nécessaire que le sujet présente une constitution spéciale « comme une plateforme sur laquelle est bâtie l'intoxication chronique par la morphine ».

Quant à l'importance de cette dernière, il est difficile d'être fixé. Les malades ne se confient que partiellement au médecin pour le renseigner. Ils ne lui donnent pas des détails exacts sur la dose introduite quotidiennement dans l'organisme. On sait également par quels subterfuges le morphinomane arrive à se procurer du toxique, n'hésitant pas à s'adresser dans une même journée à diverses officines pharmaceutiques, falsifiant et écrivant lui-même les ordonnances. Il faut savoir également que, souvent, il n'existe pas une substance unique créant l'intoxication : alcool, éther, stupéfiants divers additionnent leur action délétère.

Mais il est établi que, malgré cette combinaison de poisons divers, c'est chez ces intoxiqués, la morphine qui représente l'élément premier. Comme le fait remarquer Meyer « somnifères et alcool ramènent iné-

vitablement les malades à la morphine. Le cercle se referme impitoyablement sur eux ».

Une question préalable doit être posée. Est-on ou non en droit de permettre le mariage à des morphinomanes ? Problème particulièrement délicat à résoudre. Cependant, d'une façon générale, on s'accorde à admettre qu'à quelques exceptions près, il convient de ne pas accepter la responsabilité de pareilles unions. Souvent l'un des morphinomanes ou tous les deux a un caractère instable, sujet à obsessions, sans volonté, n'écoutant que son caprice, son penchant vers une vie anormale. L'union risque fort de n'être pas d'une solidité à toute épreuve. Elle peut représenter pour le conjoint non contaminé une charge lourde ! Si les deux époux se livrent à une même pratique, leur existence morale ou matérielle devient difficile, semée d'écueils. Fréquemment, il arrive que l'un des conjoints adonné à la pratique de la morphine représente à l'autre quels plaisirs il éprouve et l'entraîne peu à peu dans la voie funeste.

Il est vrai que certains médecins ou des moralistes estiment qu'on n'a pas le droit d'opposer un refus catégorique et définitif à pareilles unions. Ils invoquent que, éventuellement, l'autre époux dont la morale est plus résistante, peut exercer sur celui qui est contaminé une influence heureuse, un sauvetage, une psychothérapie bienfaisante.

Un autre élément à considérer est celui qui concerne la descendance. Cet élément doit entrer en ligne de compte pour prendre une détermination au

sujet de l'acquiescement donné, ou non, à une union entre morphinomanes. Nous en reparlerons ultérieurement.

L'influence de l'intoxication chronique par la morphine s'exerce manifestement sur la sphère génitale. Chez la femme, elle se traduit par trois ordres de manifestations : l'appétence sexuelle, la menstruation, la grossesse et l'acte de l'accouchement. Depuis une cinquantaine d'années, c'est-à-dire dès le moment où la morphinomanie est devenue assez répandue — au moins dans un certain monde et dans des conditions déterminées — l'attention médicale a été appelée sur ces désordres.

En ce qui concerne l'appétit sexuel, — le sens génital — il est établi péremptoirement que la morphine exerce une action double. Au début, lorsque la funeste habitude commence à s'installer et à produire quelques ravages dans l'organisme et surtout le système nerveux central et périphérique, on constate chez le morphinisé une excitation génitale plus ou moins accusée, une appétence sexuelle accrue qui peut aller même, dans certains cas, jusqu'à la nymphomanie. Mais cette phase est en général courte. Elle dure quelques semaines puis laisse place à une frigidité plus ou moins accusée qui, au surplus, préoccupe peu la malade, résignée, inerte, sans réaction devant cet état nouveau. La vie sexuelle s'établit « au ralenti ».

La menstruation est altérée. L'aménorrhée plus ou moins complète est un des symptômes indiquant le

morphinisme chronique. Elle persiste tant que la malade n'est pas sevrée. Au contraire, le retour plus ou moins régulier de la fonction montre que l'intoxication cède. Ce rétablissement permet d'exclure toute supercherie et constitue un signe d'une transformation d'un sevrage.

La plupart des auteurs expliquent la suppression de la fonction menstruelle par une action inhibitrice exercée par la morphine sur l'organisme, spécialement sur le système nerveux et l'appareil glandulaire. Ce dernier est atteint dans son ensemble ; les sécrétions digestives, les glandes mammaires aussi. C'est surtout la sphère utérine qui est intéressée. Au début, il ne s'agit que d'altérations purement fonctionnelles, ressortissant à une sorte d'inhibition dans le mécanisme de laquelle intervient la sécrétion ovarienne et les troubles nerveux. Mais la « lésion » n'est pas encore établie. Un peu plus tard, surtout si la dose de morphine absorbée chaque jour est forte, oscillant par exemple entre 0 gr. 50 centigrs et 1 gr. par jour, des changements anatomiques s'installent. Ils consistent dans une atrophie progressive de l'ovaire, dans la multiplication du tissu conjonctif aux dépens des cellules nobles, dans une incapacité du follicule de Graaf à accomplir son cycle normal. Il en résulte une aménorrhée prolongée, importante. Elle accompagne en général régulièrement le morphinisme chronique. Levinstein (1887) a noté chez la femme l'atrophie des seins, de l'utérus, des ovaires, manifestations qui, à ses yeux, traduisent une suppression complète des fonctions sexuelles.

Les grossesses sont rares chez les femmes morphinomanes. On comprend facilement les raisons de cette fécondité réduite. L'aménorrhée, nous l'avons dit, est fréquente. L'ovulation est peu active sinon réduite à la nullité. D'autre part, comme on l'a fait observer, les intoxiquées par la morphine appartiennent à une classe sociale dans laquelle le désir de procréer n'est nullement en faveur. La moralité, les préoccupations spirituelles sont réduites au minimum. Il est donc compréhensible que les grossesses soient peu nombreuses.

Différents auteurs, dont Pohlisch, notent que les avortements paraissent relativement fréquents. « Mais, dit cet auteur, on ne peut rien en conclure de formel car les avortements provoqués sont fréquents en pareille circonstance ». Cependant, il rapporte de nombreux cas dans lesquels il peut affirmer qu'il n'y eut pas de tentative d'avortement et où « celui-ci est manifestement en relation avec le toxique ».

D'autre part, toutes les statistiques montrent la fréquence de l'accouchement prématuré. Peut être cela est-il dû à l'anorexie, aux troubles digestifs et au mauvais état général de la morphinomane.

Et un certain nombre d'auteurs a signalé aussi des accouchements après terme.

Un point à noter : ces grossesses passent souvent inaperçues, au moins au début à cause de l'aménorrhée très fréquente.

On a signalé (Terry et Pellens, Pohlisch) que parfois les mouvements actifs du fœtus étaient particu-

lièrement faibles. Mais, dans de nombreuses autres observations, c'est l'inverse qui est observé. Dans l'observation de Fürst que nous citons plus loin la malade avait remarqué que les mouvements du fœtus devenaient violents lorsque le besoin de morphine se faisait sentir chez elle et se calmaient après la piqure. Ce phénomène, rapporté dans d'autres observations paraît à rapprocher de l'agitation frénétique du nouveau-né que seule la morphine calme. Il est très probable que le symptôme a dans les deux cas la même signification, est un signe d'abstinence.

L'accouchement paraît le plus souvent s'effectuer normalement.

On sait que les avis des auteurs diffèrent en ce qui concerne l'action de la morphine sur les contractions utérines.

Alors que Gottlieb et Meyer disent, dans leur ouvrage de toxicologie, que la morphine à petites doses est plutôt excitante des contractions utérines et à grosses doses n'entraîne pas d'inhibition de cet organe, de nombreux ouvrages exposent un avis exactement opposé : Tarnier et Budin : la morphine arrête le travail en paralysant la fibre utérine.

Nos recherches dans la littérature nous ont montré un nombre important d'observations dans lesquelles l'accouchement chez des morphinomanes traîna en longueur et nécessita une extraction au forceps pour inertie utérine. Nous rapportons plus loin (Chapitre 4) l'observation de Zambacco, bien caractéristique de ce fait. La morphinomanie nous paraît bien responsable de la faiblesse des contractions utérines.

Quant aux suites de couches, elles sont normales. Le seul fait à signaler est l'hypogalactie, très souvent observée. Nous envisageons plus loin (Chapitre 5) le problème de l'allaitement maternel.

CHAPITRE III

LA MORPHINOMANIE PATERNELLE

Le problème de la morphinomanie paternelle présente un intérêt particulier. Déjà en 1875, Levinstein signalait les troubles de la fonction sexuelle chez les sujets masculins. Ces troubles sont bien connus. Mais il s'y ajoute un élément d'une grande valeur spéculative : essayer de déterminer ce qui peut résulter de l'altération réelle ou supposée du germe lui-même, à savoir du spermatozoïde.

On peut en effet imaginer que l'élément mâle étant anatomiquement ou fonctionnellement lésé, l'œuf sera lui-même atteint dans son développement et dans sa structure.

La question ne se pose pas sous le même angle dans le sexe féminin et dans le sexe masculin. Lorsqu'il s'agit de la mère enceinte, souvent l'intoxication préexiste à la fécondation; on peut donc supposer que l'ovule est lésé. Durant la grossesse, l'apport de toxine est continué. A priori, la multiplication des cellules, la formation des organes, des tissus, des viscères peut en être troublée. Dans le sexe masculin, il n'en est pas ainsi. L'altération est uniquement germinale, non intra-utérine.

C'est ce qui constitue vraiment le centre de l'intérêt. S'il s'agit de certains poisons exogènes, comme le plomb, d'autres somnifères ou stupefiants, comme certaines influences exogènes, la syphilis, quelles perturbations peuvent survenir dans le développement de l'œuf.

Un premier point doit être mis en relief : les troubles de la fonction sexuelle chez le morphinomane : libido et puissance fécondante sont diminués. L'impuissance est relativement fréquente. On assure que l'intoxication progressant, les rapports sexuels deviennent plus rares. Souvent cette diminution du sens génital préoccupe le morphinomane beaucoup moins qu'on ne pourrait le supposer. Le sujet ne se préoccupe que modérément de la vie sexuelle. Ces troubles sont essentiellement passagers, cèdent rapidement après la désintoxication.

La perturbation sexuelle paraît tenir à des altérations dont le testicule est le siège. Sysak (1925) a décrit en détail les lésions causées et constatées dans le morphinisme chronique : infiltration des cellules séminales par des petits globules lipoïdes tandis que le tissu interstitiel est fortement infiltré de graisse.

Il est intéressant de relever ces altérations. Mais il n'est pas certain qu'elles soient constantes. On doit, en effet, tenir compte de l'état de cachexie, de l'anémie profonde dans lesquels sont plongés les sujets atteints de morphinomanie accusée. On peut émettre cette réserve que suivant toutes probabilités, ces lésions ne permettent qu'une spermatogénèse très limitée et précaire et que, dans ces conditions, on peut

douter que les sujets aient été doués d'une puissance fécondante. D'autre part, il est bien difficile d'être fixé exactement sur la dose de morphine imprégnant l'appareil testiculaire au moment de la conception. Il paraît donc plus significatif d'étudier la descendance des morphinomanes masculins et tenter ainsi de dégager l'importance de l'intoxication de cause germinale sur cette descendance.

CHAPITRE IV

LE MORPHINISME DU NOUVEAU-NE

1. A la naissance.
2. Observations de morphinisme typique.
3. La crise d'abstinence :
 - a) Apparition de la crise ;
 - b) Les symptômes ;
 - c) Evolution immédiate et disparition des symptômes par l'opium et par le lait maternel.
4. Les symptômes traduisent-ils bien une crise d'abstinence.
5. Observations dans lesquelles on n'a pas noté de crise d'abstinence.
6. Destinée des enfants de parents morphinomanes.

I. — A LA NAISSANCE

Dans l'ouvrage sur les maladies des enfants de Hutinel, nous relevons « un père ou une mère chroniquement morphinisés engendrent des enfants plus ou moins mal formés » (page 113). Par contre, les recherches de Pohlisch l'amènent à conclure qu'on n'observe ni tare ni malformation en relation certaine avec le morphinisme des parents.

Nous n'avons trouvé dans la littérature aucune observation confirmant les dires de Hutinel et nous en rapportons à Pohlisch et à sa longue étude sur ce sujet. Lorsque des auteurs ont observé des anomalies chez de tels enfants, il s'agissait :

- soit de tares transmises par les géniteurs, mais sans relations directes avec la morphinomanie de ces derniers,
- soit de l'apparition de symptômes d'abstinence, lesquels conduisent, s'ils sont méconnus, à un état grave de dénutrition et d'affaiblissement.

En effet, ces nouveau-nés vont présenter peu après la naissance, une série de manifestations pathologiques. Leur étude fait l'objet des paragraphes qui vont suivre et nous allons, tout d'abord, apporter quelques observations qui nous permettront de préciser la signification et la symptomatologie du morphinisme du nouveau-né.

II. — OBSERVATIONS DE MORPHINISME TYPIQUE

OBSERVATION 1

(FERRÉ (Ch.). Morphinisme et grossesse,
in *Progrès Médical*, 27 octobre 1883, n° 45, p. 847)

Jeune femme de 22 ans, hystérique hémianesthésique, dont la mère est aussi morphinomane. La malade devient enceinte. Elle vient à Paris se faire désintoxiquer. La grossesse était au sixième mois (elle prenait à ce moment 24 centigrammes de morphine par jour). Nous commençons à diminuer la dose quotidienne d'un demi-centigramme par jour. Mais tous les deux ou trois jours il survenait des coliques utérines et des mouvements exa-

gérés du fœtus. Au moment de l'accouchement la malade prenait encore 13 centigrammes par jour. Accouchement à terme normal, par Tárnier.

Pendant les huit jours qui suivirent, on ne diminua pas la morphine. Quand nous voulûmes reprendre la suppression graduelle, les coliques se reproduisirent et l'écoulement des lochies cessait dès qu'on augmentait les intervalles entre les injections de morphine pour reprendre chaque fois que l'on introduisait sous la peau la dose quotidienne de médicament.

La démorphinisation fut donc très lente, aussi bien après l'accouchement qu'avant. Finalement nous supprimâmes d'un coup les injections. La malade eut de violentes coliques utérines et intestinales, de la diarrhée, de l'insomnie, avec excitation pendant la nuit, mais le lendemain tout fut fini, l'intoxication était guérie définitivement.

L'enfant a aussi senti, d'une façon très nette, les conséquences de l'abstinence de morphine. Le nouveau-né était très bien développé, quoique maigre. On fut frappé de ses mouvements brusques et d'une agitation continue avec cris, qui dura 60 heures, pendant lesquelles il ne dormit pas une minute. Puis les choses rentrèrent dans l'ordre. Ce fait montre donc que quoi qu'on en ait dit, le fœtus est influencé par la morphine, même à des doses relativement faibles. Cette dernière considération légitime la cure graduelle pendant la grossesse.

OBSERVATION 2

(LUTZHOFT. Ein fall von Kongenitalem Morphinismus. *Hosp.-tidende*, 1903, Bd XI, 4 R., S. 2919)

La mère de l'enfant, âgée de 36 ans, prenait depuis deux ans 10 centigrammes de morphine par jour. Règles normales. Grossesse. Le besoin de morphine augmente, la dose devient de 25 centigrammes par jour.

Grossesse et accouchement se passent à peu près normalement. L'enfant naît à terme pesant 4 kilos. Il crie avec force tout de suite à la naissance. Il reste agité, le facies inquiet. Agitation continuelle des bras, cris, gémissements. De temps à autre inspiration sanglotante qui se termine comme un spasme de la glotte. L'enfant prenait volontiers le biberon, mais vomissait tout. Ce n'est qu'après avoir reçu, jusqu'à 3 fois par jour, une à deux gouttes d'extrait thébaïque en lavement qu'il commença à boire et que les vomissements cessèrent. Il se calma et prospéra mais resta pendant longtemps un enfant exceptionnellement agité.

OBSERVATIONS 3, 4, 5, 6, 7

(LANGSTEIN. Über das Schicksal von morphiumsüchtigen Frauen geborener Säuglinge, in *Med. Klinik.*, 1930, p. 500.)

Ces observations méritent d'être citées et surtout commentées.

1^{re} Observation. — En 1912 mon assistant, le Docteur Reiche, rapporte une observation concluant que même lorsque la mère prend des doses élevées de morphine, le germe peut se développer sans dommage : « L'enfant avait à la naissance un aspect normal, il fut nourri par une nourrice. Après 4 semaines, il dut, pour des raisons extérieures, être sevré et présenta alors une crise de convulsions de courte durée, par la suite développement normal ».

2^e, 3^e et 4^e Observations. — Parmi les cas que j'ai observés ces dix dernières années, il y eut deux enfants qui moururent les premiers jours, par suite d'impossibilité à être nourris. Les enfants étaient extraordinairement agités, vomissaient toute nourriture et moururent dans un état de grave dystrophie.

Je ne puis être formel en ce qui concerne le troisième cas, ne l'ayant pas moi-même observé. On m'a rapporté que l'enfant a vécu un an au milieu des plus grandes difficultés pour être nourri, mourut dans un état d'atrophie après être devenu aveugle.

5^e Observation. — La mère, 23 ans, était une grande morphinomane. Accouchement normal à terme. L'enfant, mis au sein à la naissance, criait continuellement, perdait du poids. Bientôt il vomit et maigrit de plus de 750 grammes. Tous les modes d'alimentation furent essayés en vain : lait de femme, bouillie de plasmon, babeurre, etc. L'enfant continuait à perdre du poids et présentait de la diarrhée et des vomissements continuels. Surtout son état était caractérisé par une « agitation frénétique telle que je ne l'ai jamais observée chez aucun enfant et qui nous obligea, tout au moins au début du traitement, à donner plusieurs fois par jour de petites doses d'opium. Cette thérapeutique, indiscutablement, a été utile à la vie de l'enfant ».

Finalement cet enfant, grâce à une alimentation progressive et prudente (lait de femme centrifugé avec adjonction de petites quantités de lait de femme non centrifugé), infusions de sucre de raisin, caféine, petites doses d'opium, se rétablit et se développa normalement.

Langstein insiste sur l'état d'athrepsie de cet enfant causé, dit-il, par le morphinisme de la mère, et sur l'importance de la thérapeutique par l'hypo-alimentation. Il ne semble pas avoir compris la signification exacte des cas qu'il rapporte.

Mais nous trouvons, dans le même journal de médecine allemand, l'article d'un neurologue, Weiss, qui donne une très exacte mise au point. Tous les symptômes observés par Langstein, dit-il, de l'agitation extrême aux vomissements sont des signes évidents d'abstinence comparables, en tous points, à ceux observés chez l'adulte. Ces

nourrissons intoxiqués doivent être traités par la morphine, responsable de leurs troubles avec désintoxication progressive ultérieure.

OBSERVATIONS 8 et 9

(POHLISCH (K.). Die Kinder männlicher und Weiblicher Morphinisten. Berlin, 1934, p. 26)

La mère avait eu avant le morphinisme trois enfants normaux. Le quatrième et le cinquième enfants naquirent en période de morphinomanie. La mère prenait 3 centigrammes de morphine par jour.

Quatrième enfant : poids à la naissance, 4.500 gr. Né en état d'asphyxie il ne commença à téter que le troisième jour. Dans les premiers jours, il était très agité, criait beaucoup, avait des sueurs abondantes. Dans les quatorze premiers jours il vomit souvent. Par la suite cet enfant se développa normalement.

Cinquième enfant : grossesse et accouchement normaux. La mère ne nourrit pas l'enfant, à cause de la morphinomanie. Les trois ou quatre premiers jours, l'enfant cria de façon inaccoutumée, il s'agita énormément. Eternuements les 4 premiers jours, pas de baillements. Vomissements, diarrhée, grosse perte de poids. Troubles du sommeil pendant 8 jours. L'enfant ne commença à se calmer qu'au quatorzième jour. Durant trois mois il resta très faible puis se développa normalement.

OBSERVATION 10

(Clinique Obstétricale de M. le Professeur VORON,
mai 1939)

Mère âgée de 33 ans, morphinomane ancienne. Son mari est également morphinomane (nous n'eûmes connaissance de cette double intoxication qu'après l'accouchement).

Accouchement à terme. Début des douleurs à 7 heures du matin. Dilatation complète à 17 h. 30. Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale (3 circulaires cervicales).

L'enfant naît étonné, crie deux heures après. Poids : 4.000 gr. Placenta : 900 gr. Durée de la délivrance : 55 minutes. Chez la mère, pertes sanguines normales.

Le Docteur Péhu prend le lendemain, à 9 h. 30, l'observation suivante. Né à 17 h. 30, cet enfant a commencé à s'agiter à 20 heures. Il fut mis toute la nuit sous la tente à oxygène jusqu'à ce matin 5 heures. Jusqu'à 8 heures, il resta apathique. Ensuite, alternent chez lui des périodes de cris et des périodes de calme et même de sommeil. Les cris sont particulièrement violents et frappent vivement l'entourage.

A l'examen de ce matin l'aspect général de l'enfant est satisfaisant. Il est bien coloré mais jusqu'à ce matin 5 heures il était pâle. La respiration n'est pas gênée. Le cœur est bien frappé, à 120. Les fontanelles sont normalement tendues. L'auscultation pulmonaire est négative. Les réflexes rotuliens sont plutôt vifs.

L'enfant vient d'expulser le méconium et urine en abondance.

Au cinquième jour :

L'enfant va relativement bien, crie moins souvent et moins fort.

Il tette médiocrement, ne prend pas le sein. On tire le lait de la mère à la tireuse électrique. La mère peut lui fournir sa ration.

Muguet lingual moyen. Cœur bien frappé. L'enfant repose bien, depuis 48 heures il est beaucoup plus calme.

Au huitième jour :

Les cinquième et sixième jours l'enfant dormait bien et ne criait pas. Il ne voulait pas téter, on était obligé de lui faire couler le lait dans la bouche. Ces deux jours

il eut cinq tétées, chacune de 50 gr., qui duraient une demi-heure. Mais il en recrachait une partie.

Le septième jour il eut trois tétées de babeurre, chacune de 50 gr. (il ne voulait prendre davantage) et trois tétées de lait maternel, chacune de 60 gr. (mais il n'en absorbait que 30 chaque fois car il vomissait régulièrement).

Depuis l'après-midi du septième jour il crie sans arrêt d'un cri fort et plaintif.

Cette nuit il s'est à peine arrêté 10 minutes.

Température : 38°6.

A l'examen l'état est moins satisfaisant que le cinquième jour. L'enfant est flasque, les cuisses sont ridées. Fontanelles non déprimées, aucun trouble respiratoire. Muguet buccal avec stomatite. Cœur rapide, bien frappé (les cris et l'agitation ne permettent pas d'apprécier le chiffre de la tachycardie).

Ce nourrisson reçut de la morphine par voie buccale (nous indiquons la quantité au chapitre traitement). Les vomissements et l'agitation cessèrent et il se développa normalement.

Mais la malade quitta le service le douzième jour et nous ne pûmes avoir ultérieurement de nouvelles de la mère ni de l'enfant.

Nous ne pouvons pas non plus être formels en ce qui concerne le taux de l'intoxication de la mère.

Elle présentait une affection hémorragipare ayant nécessité une splénectomie et saignait beaucoup (hémorragies trachéales) depuis son accouchement.

A cette époque elle prenait par jour :

4 centigrammes de chlorhydrate de morphine en une injection à midi ;

8 centigrammes vers 16-18 heures ;

8 centigrammes à 21 heures.

En temps normal, quand elle ne saignait pas, elle ne prenait que 6 centigrammes par jour, nous affirma-t-elle.

III. — LA CRISE D'ABSTINENCE

Ces manifestations que présente le nouveau-né de mère morphinomane ont été groupées sous le nom de crise d'abstinence. Cette appellation paraît pleinement justifiée. En effet :

1° Les symptômes apparaissent lorsque le nouveau-né est privé de morphine et d'opium.

2° Ils ressemblent étonnamment à ceux que l'on observe chez l'adulte en état d'abstinence.

3° Ils régressent lorsqu'on fournit de l'opium au nourrisson soit en nature, soit par le lait maternel.

a) *Apparition de la crise.*

Petty (cité par Menninger-Lerchenthal) a pu établir un rapport entre le temps qui s'écoule avant l'apparition des symptômes et l'heure de la dernière piqure de morphine avant l'accouchement. Si la mère, dit cet auteur, prend la dernière dose de morphine 24 heures avant l'accouchement, les symptômes d'abstinence apparaîtront, chez le nouveau-né, tout de suite après la naissance. Si la mère a pris la dernière dose peu avant l'accouchement, les symptômes se manifesteront plus tardivement.

Donc tout dépend de la dose de morphine en réserve dans l'organisme du nouveau-né au moment de sa naissance. Dans la plupart des cas, les auteurs signalent que l'état du nourrisson est satisfaisant les

12-24 premières heures. Ce n'est qu'après ce délai qu'apparaîtront des symptômes plus ou moins graves.

Si le nouveau-né a en réserve une quantité suffisante de morphine et si, dès le second jour, l'allaitement maternel s'établit d'une façon satisfaisante, les symptômes pourront ne pas apparaître et la crise ne se manifesterà alors que plus tardivement, au moment du sevrage. C'est le cas de l'observation de Winkel (cité par Erlenmeyer).

OBSERVATION 11

(WINKEL)

L'enfant tomba gravement malade lorsque, au quatorzième jour, il fut sevré. Il ne put se rétablir qu'avec de grosses doses d'opium.

Ou bien les symptômes ont pu apparaître transitoirement les premiers jours, lorsque la mère n'avait pas suffisamment de lait pour nourrir l'enfant, et disparaître dès que l'allaitement satisfaisant fournit à l'enfant sa dose nécessaire de toxique.

OBSERVATION 12

VAN KLEECK (cité par MENNINGER-LERCHENTHAL)

L'enfant normal, d'une mère morphinomane, avait présenté, le deuxième jour après sa naissance, des symptômes graves de collapsus qui régressèrent rapidement et complètement après administration de teinture d'opium à doses fractionnées. Aux troisième et quatrième jours, mêmes symptômes et mêmes effets du médicament. Lorsque la mère eut suffisamment de lait pour nourrir l'enfant, les crises ne réapparurent plus.

b) *Les symptômes de la crise d'abstinence.*

Ce sont, tout d'abord des troubles nerveux et le symptôme le plus caractéristique qui a vivement

frappé tous les observateurs est l'agitation. C'est une agitation intense, frénétique, accompagnée de cris répétés. Certains auteurs disent même agitation convulsive, mais il ne semble jamais exister de convulsions vraies. Elle peut durer des journées et s'accompagne d'une insomnie presque absolue. Mais l'apathie, l'inertie, peuvent également s'observer, soit au début, soit entre les périodes d'agitation. On observe, parfois, des éternuements, des baillements répétés, des sueurs et du refroidissement.

Les troubles digestifs ont une importance aussi grande. D'abord dans un certain nombre d'observations, l'enfant n'a pas de plaisir à téter. Il ne veut pas prendre le sein et tette mal. Mais ce n'est pas la règle. Le signe digestif capital et gros de conséquences, c'est le vomissement. En effet, le nouveau-né va bientôt vomir après chaque tétée souvent il présente aussi de la diarrhée. Ces vomissements répétés vont très rapidement amener une perte de poids importante et l'enfant sera dans un état de dénutrition grave.

Il faut aussi signaler la cyanose, fréquemment observée. Soit cyanose des lèvres, soit cyanose généralisée : le symptôme est souvent d'apparition très précoce.

Aleixandre a mis en évidence du ralentissement du pouls. Enfin parfois on note d'emblée l'apparition d'un état grave de collapsus.

c) *Evolution de la crise.*

La disparition des symptômes par l'administration de morphine est un fait évident dans toutes les ob-

servations. Soit que l'on donne de l'opium au nouveau-né, soit que l'allaitement maternel lui fournisse la dose suffisante de toxique. Nous envisagerons, plus loin, la question du passage de la morphine dans le lait.

On ne peut préciser le chiffre de la mortalité due à l'abstinence, puisque les symptômes alarmants cèdent dans la règle à l'administration de morphine. Mais parfois l'enfant n'a pas reçu le toxique dont il avait besoin ou bien on le lui a donné trop tard ou en quantités insuffisantes.

Sollier (cité par Menninger-Lerchenthal) a vu des enfants de morphinomanes, mourir subitement après avoir présenté, pendant plusieurs jours, des symptômes d'abstinence, malgré l'administration de laudanum. Ce fait est en contradiction avec les bons effets, souvent observés, d'une médication opiacée et il doit être dû à l'insuffisance de la dose.

Dans les statistiques de Pohlisch, la mortalité du nouveau-né de parents morphinomanes est très élevée. Sur 59 enfants nés vivants, 18, c'est-à-dire 31 %, moururent dans la première année. Pour 31 enfants nés vivants des mêmes parents, en dehors des périodes d'intoxication, 5 seulement moururent la première année, c'est-à-dire 16 %. Il y a donc une différence nette au profit du second groupe.

Pohlisch conclut qu'en général la mort survient les premiers jours toujours liée à des manifestations de besoin de morphine. C'est aussi l'opinion de nombreux auteurs.

L'observation de Pettey est caractéristique de la mortalité élevée du nouveau-né.

OBSERVATION 13

PETTEY (cité par POHLISCH)

Une femme eut, en période de morphinomanie, 16 enfants, mais 15 moururent les trois premiers jours. Le seizième fut sauvé : le nouveau médecin de cette malade avait reconnu le morphinisme comme cause du décès des 15 premiers enfants et administra au seizième une médication opiacée durant plusieurs mois, avec sevrage progressif.

IV. — CES SYMPTOMES TRADUISENT-ILS BIEN UNE CRISE D'ABSTINENCE ?

Dans les trois paragraphes précédents nous avons établi que ces symptômes apparaissent lorsque le nouveau-né est privé d'opium. Ce fait est mis en évidence dans plusieurs observations et particulièrement dans celles de Luthoft et de Van-Kleeck que nous avons citées plus haut.

Lorsqu'on connaît les manifestations d'abstinence chez l'adulte morphinomane on ne peut qu'être frappé par leur similitude avec celles du nouveau-né. L'agitation frénétique est comparable à celle de l'adulte, qui peut être si intense que l'on parle d'un véritable « *delirium tremens* » du morphinomane ; le collapsus accentué, manifestation la plus grave chez l'adulte, les troubles digestifs sont les mêmes ; ils revêtent seulement une acuité et une gravité plus grande chez le nouveau-né. D'ailleurs, chez ce dernier, on est en présence d'une abstinence purement

organique, les manifestations psychiques étant inexistantes.

Enfin, nous avons vu que, comme chez l'adulte, ces symptômes régressent par l'administration d'opium.

Ceci nous amène à commenter certaines observations. Nous l'avons déjà fait, quelques pages plus haut, à propos des observations de Langstein.

Souvent, dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé des auteurs qui ne signalent rien d'autre sur les observations d'enfants nés de mère morphinomane que : débilité, athrepsie, ayant parfois causé la mort de l'enfant. Il nous paraît probable que, dans une proportion importante de cas, il devait s'agir des manifestations d'abstinence, non reconnues et par conséquent non traitées comme telles.

Mais voyons maintenant les

V. — OBSERVATIONS DANS LESQUELLES ON N'A PAS NOTE DE CRISE D'ABSTINENCE

On relève dans la littérature un certain nombre d'observations dans lesquelles le nouveau-né n'a pas présenté de crises d'abstinence. En général, ces cas ne sont pas probants, certains datent de l'époque héroïque de la morphinomanie où l'attention n'était pas encore attirée sur la crise d'abstinence. D'autres ne sont pas complètes ; on ne sait si la mère a nourri l'enfant, si celui-ci a été sevré progressivement ou non. Menninger-Lerchenthal pense qu'il faut exercer une surveillance toute particulière sur les mères mor-

phinomanes qui ont la garde de leur enfant. En effet, dans plusieurs observations, on trouve que la mère a administré en cachette le toxique à son enfant. C'est un soupçon tout à fait justifié, que l'on doit toujours avoir, lorsque les signes d'abstinence manquent, alors que l'on s'attend à les trouver.

Voici quelques-unes de ces observations.

OBSERVATION 14

(FÜRST (G.) in *Centralblatt für Gynäk.*, 1891, n° 3, p. 73)

Morphinomane qui, pendant ses deuxième et troisième grossesses, s'est fait environ 1.200 piqûres d'une solution à 3 % au moins de morphine. Les enfants sont tous d'un développement corporel et mental normal.

Le deuxième enfant, actuellement âgé de 5 ans, apprend à parler la première année et eut à 10 mois sa première dent.

Le troisième parla à deux ans et eut ses premières dents à un an et demi.

Le quatrième a actuellement dix mois, les premières dents ne sont pas encore apparues.

Les manifestations d'abstinence ont complètement manqué chez ces trois nouveau-nés. Par contre, la malade a nettement remarqué l'accoutumance du fœtus à la morphine, car, chaque fois que, dans les derniers mois de sa grossesse, elle sentait le besoin de morphine, les mouvements de l'enfant devenaient très vifs pour s'arrêter après l'injection.

Furst ajoute que la mère avait nourri le deuxième et le troisième enfant durant les premiers jours, puis, comme elle n'avait pas assez de lait, l'allaitement artificiel avait été institué et ainsi, avec cet allaitement mixte, le sevrage avait pu se faire progressivement.

Au cours de la quatrième grossesse, la mère aurait pris des quantités moindres de morphine. De plus, les renseignements fournis sur l'enfant ne seraient pas très dignes de foi, celui-ci ayant été confié à une étrangère, aussitôt après sa naissance.

L'absence de manifestations d'abstinence s'explique, pour les deuxième et troisième enfants, par le sevrage progressif. Les quantités de morphine prises par le lait maternel en quantités décroissantes ont pu réaliser une véritable désintoxication progressive.

OBSERVATION 15

(ZAMBACCO. Contribution à l'étude de la morphine,
in *l'Encéphale*, 1884, p. 658)

Dans le cours de son intoxication, Mme S... devient deux fois enceinte. La dose employée fut d'abord d'un centigramme de morphine par jour, en une seule fois, puis elle atteignit progressivement 15 centigrammes par 24 heures en plusieurs fois. La grossesse s'est déroulée sans accident et l'accouchement s'est accompli offrant les particularités suivantes :

Aussitôt que Mme S... ne se sentait plus sous l'influence de la morphine, elle réclamait à cors et à cris une nouvelle injection, qu'on était obligé de lui accorder. Mais le travail de l'enfantement se calmait également par la morphine et il se trouvait ainsi de plus en plus retardé. La sage-femme, Mme Marquetti, a remarqué que toutes les fois que l'on faisait une injection de morphine, les contractions se ralentissaient et parfois s'arrêtaient tout court. Pour ne pas entraver l'accouchement, on a dû espacer les injections, finalement on a été obligé d'y renoncer pendant une dizaine d'heures, pour ne pas remettre indéfiniment l'acte ultime de la parturition. Aussitôt l'expulsion de l'enfant effectué, le mari pratiqua l'injection de morphine.

L'un des enfants conçus, développés et nés pendant le morphinisme, a aujourd'hui 4 ans 1/2, il n'a point souffert depuis sa naissance. Il est bien constitué et fort intelligent. L'autre n'a que 3 mois 1/2 : il est bien portant. Rien n'a pu faire croire qu'il ait ressenti la privation de morphine, lorsqu'il a cessé de participer à la vie de sa mère.

Zambacco ne dit pas si la mère a nourri ou non ses enfants. Ces derniers, s'ils ont pris le lait de leur mère, ont pu être sevrés progressivement et, par là même, désintoxiqués.

OBSERVATION 16

(ERLENMEYER. Die Morphiumsucht. Berlin, 1887)

Un enfant d'un an nourri au sein par une mère morphinomane qui s'administrait 0,50 de morphine par jour, ne présenta, d'après les dires de son entourage, aucun signe d'abstinence, lorsqu'il fut sevré.

On peut se demander, là aussi, si le sevrage n'a pas été progressif et, dans le cas où de légères manifestations d'abstinence seraient apparues, si elles n'auraient pas pu être négligées par l'entourage de l'enfant.

Nous ne rapportons pas l'observation de Kormann (in *Deutsche Med. Woch. Schr.*, 1887, p. 356). Cette observation est peu précise, elle date de 1877, la morphinomanie était encore peu connue à cette époque et si l'enfant a présenté des signes d'abstinence, ils ont fort bien pu passer inaperçus.

Quoi qu'il en soit, en règle générale, il nous paraît qu'un nouveau-né, de mère morphinomane, doit présenter des signes d'abstinence lorsqu'il se trouve

privé du toxique. Exception faite, lorsque certaines conditions étant réalisées, on obtient une véritable désintoxication progressive de l'enfant.

Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne voudrions pas trancher la question et il se pourrait, comme l'a écrit Balazs, que certains nourrissons aient une attitude tout à fait passive, à l'égard du morphinisme de leur mère.

VI. — LA DESTINÉE DES ENFANTS DE PARENTS MORPHINOMANES

Nous avons vu que la crise d'abstinence n'est qu'un phénomène passager, lié à l'accoutumance des tissus du nouveau-né à la morphine. Celui-ci désintoxiqué, observe-t-on dans son développement physique et mental des phénomènes pathologiques qui feraient conclure à une lésion durable créée par le toxique ?

Si de tels troubles étaient observés, ils seraient explicables de deux façons pour les enfants de mères morphinomanes :

1° Il pourrait s'agir d'une séquelle de la période de morphinomanie.

L'intoxication survenue pendant la vie intrautérine aurait laissé derrière elle des lésions organisées, non régressives.

2° Ces troubles du développement pourraient traduire une lésion du germe. Il y aurait eu transmission d'un caractère pathologique sous la dépendance du toxique.

Cette seconde explication serait seule satisfaisante si l'on observait des anomalies de développement chez

les enfants de père morphinomane, ceux-ci n'ayant jamais été intoxiqués.

Malheureusement, cette question, qui se rapporte à l'important problème de la transmission des caractères héréditaires pathologiques a été très peu étudiée : différents auteurs ont observé et signalé des anomalies chez les enfants nés de parents morphinomanes. Mais Pohlisch seul a cherché la solution de ce problème de génétique. Le morphinisme entraîne-t-il une altération du germe, crée-t-il des caractères pathologiques transmissibles, donc héréditaires ?

a) *Les enfants du père morphinomane : ,*

Pohlisch a recherché quel est le développement physique et mental de ces enfants. Il insiste au début sur la difficulté de cette étude. Il faut, en effet, préciser la dose de morphine que prend le père, la régularité de l'intoxication lors de la conception de l'enfant. Et l'on sait combien le morphinomane est méfiant et dissimulateur dès qu'on aborde avec lui les problèmes qui se rapportent à son intoxication.

D'un autre côté, on connaît la fréquence des ménages désorganisés chez les morphinomanes, par suite des ravages causés par l'intoxication : il faut avoir la certitude que le morphinomane est effectivement le père de l'enfant dont on étudie le cas.

Enfin, si nous examinons les statistiques de Pohlisch nous trouvons que :

Sur 123 pères morphinomanes :

20 étaient psychologiquement normaux,

104 étaient psychopathes,

- 3 étaient atteints de débilité mentale congénitale,
- 4 étaient atteints d'épilepsie vraie, généralisée,
- 1 était un mélancolique,
- 6 présentaient de l'asthme chronique,
- 2 étaient des alcooliques invétérés.

Un nombre difficile à préciser, mais certainement important, était atteint d'alcoolisme intermittent.

Et, d'autre part, dans une proportion moindre, mais cependant importante, les femmes de ces morphinomanes étaient des psychopathes, des débiles, des alcooliques, etc...

Ainsi, dans les cas où Pohlisch observa des tares et manifestations pathologiques chez l'enfant, il dut préciser si elles ne s'expliquaient pas par des caractères identiques, ou similaires chez les géniteurs.

La conclusion de ces recherches ayant porté sur 280 enfants conçus en période de morphinisme du père (ou dans quelques cas du père et de la mère) et sur 115 enfants conçus par les mêmes parents en dehors des périodes de morphinisme est que :

« On n'observe aucun exemple de dommage mutatif pour la génération FI. Dans la mesure où surviennent les anomalies du germe, elles s'expliquent par des anomalies similaires ou équivalentes chez les parents, ou correspondent à la fréquence des anomalies dans la moyenne de la population ».

b) *Les enfants de mère morphinomane.*

Différents auteurs ont signalé des anomalies de développement chez ces enfants.

Happel a cru pouvoir constater que le plus grand

nombre d'enfants, congénitalement intoxiqués par la morphine, avaient une maladie de cœur.

Graham Mulhall fait la même constatation.

Hubbard a observé que ces enfants devenaient des imbéciles.

Morel a signalé que les descendants de morphinomanes étaient des aliénés, des épileptiques, des criminels, des dégénérés.

Marfori a rapporté que parmi les débiles mentaux, les idiots, les délinquants, il se trouvait une grande proportion d'individus nés de parents intoxiqués par tous les poisons, alcool y compris.

Crothers pense que les enfants de morphinomanes deviennent tôt ou tard morphinomanes eux-mêmes et Lichtenstein pense aussi que ces enfants ont une tendance héréditaire à rechercher la drogue.

Mais les recherches de Pohlisch vont à l'encontre de ces constatations.

Cet auteur n'a pas observé de différence entre les enfants conçus et nés en période de morphinisme et ceux conçus par les mêmes parents, en des périodes où ils ne s'adonnaient pas à la drogue.

Il trouve, dans les deux cas, la même proportion de débiles mentaux, de psychopathes, etc., et toutes les tares qu'il observa chez ces enfants, s'expliquaient par des tares similaires des parents.

Cet auteur a également recherché si l'on trouvait dans la descendance une particulière fréquence de morphinomanie.

Sur 13 enfants de mères morphinomanes, qui avaient passé la 20^e année, il trouva 3 morphinoma-

nes, mais, dit-il : « Il faut noter dans les trois cas, une psychopathie sérieuse et dans deux de ces cas, l'influence manifeste du milieu ».

Il paraît, à l'heure actuelle, difficile de conclure. Cependant les recherches de Pohlisch faites avec un soin scrupuleux ne mettent en évidence aucun dommage causé à l'enfant du fait du morphinisme des parents.

Il semble donc bien que les tares, si souvent observées par de nombreux auteurs, dans la descendance des morphinomanes, soient dues à la transmission de tares similaires des parents, et sans relation directe avec l'intoxication.

CONDUITE A TENIR

CHAPITRE V

Nous connaissons maintenant les funestes conséquences pour l'enfant de la morphinomanie de la mère. La première idée qui vient à l'esprit est de désintoxiquer la femme durant sa grossesse, sitôt que l'on a connaissance de sa morphinomanie : Si l'on réussit, on aura du même coup supprimé le morphinisme du nouveau-né.

Si l'on n'a pu traiter à temps la mère, il faudra traiter l'enfant dès sa naissance, afin de parer aux conséquences de l'intoxication. Deux problèmes se posent alors, celui de l'allaitement maternel, et celui de l'administration d'opium.

a) La désintoxication de la femme enceinte.

Tous les auteurs sont d'accord pour préconiser cette désintoxication avant l'apparition des mouvements actifs du fœtus. Seul Meninger-Lerchenthal pense que la désintoxication peut être difficilement supportée à cette période, du fait des malaises qu'entraîne la grossesse.

Différents auteurs ont tenté une désintoxication plus tardive, après les trois premiers mois. Bureau, Féré, Zambacco, les trois ont échoué, en raison, disent-ils, des mouvements frénétiques du fœtus : ces

mouvements, d'une part, étaient intolérables pour la mère, d'autre part, faisaient redouter un avortement.

D'autres ont réussi cette désintoxication tardive. Nous citons à ce propos une observation caractéristique :

OBSERVATION 17

(MÜLLER (O.). Schicksaal von Morphiumsüchtiger Frauen geborene Säuglinge, in *Med. Klin.*, 1930, n° 22)

Au printemps 1923 une malade vient me voir. A la suite d'une intervention gynécologique elle est devenue morphinomane (5 à 6 centigrammes par jour). Elle est au septième mois de sa grossesse et craint pour son enfant. J'ai réussi, après beaucoup de difficultés, à la désintoxiquer 4 semaines avant le terme. Durant cette période, la grossesse suivit normalement son cours. Les mouvements du fœtus étaient vifs, pas de modifications des bruits du cœur.

Accouchement normal à terme. Enfant vivant, absolument normal, 3.000 grammes, allaitement au sein satisfaisant. Enfant calme, bon sommeil, système nerveux normal.

Suites de couches normales.

Par la suite, développement physique et psychique de cet enfant absolument normal.

Pohlisch apporte lui aussi quatre observations de désintoxication à une période tardive de la grossesse. Il signale, dans les quatre cas, une extrême agitation du fœtus, mais un développement ultérieur normal de la grossesse. Cet auteur conclut qu'il faut désintoxiquer à quelque période de la grossesse que l'on soit. C'est aussi la conclusion de Féré (1883) et celle de Bize (cité par Marfan, 1907).

Cette opinion nous paraît la plus sage; en effet, on ne cite pas d'observations dans lesquelles une telle conduite aurait causé l'avortement ou un dommage quelconque à l'enfant.

Mais dans de nombreux cas, la morphinomanie de la mère n'est pas connue à temps ou le terme arrive sans que la désintoxication ait pu être faite. Le nouveau-né va donc présenter des manifestations d'abstinence et nous pourrons les traiter soit par l'administration de lait maternel, soit par la morphine en nature.

b) Le problème de l'allaitement maternel.

Avant de traiter ce problème, nous devons dire un mot du passage de la morphine dans le lait. Les recherches expérimentales sur l'animal sont nombreuses : elles sont rapportées par Kolda dans son article : « du passage des substances médicamenteuses dans le lait ». Les conclusions sont que la morphine à doses thérapeutiques ne passe pas dans le lait des femelles laitières. Si on administre de très fortes doses, la morphine est retrouvée dans le lait, mais en quantités très petites.

Mais on sait que l'on ne peut rapporter à l'homme, si sensible à la morphine, les expériences faites sur les animaux domestiques, qui ont, pour cet alcaloïde, une très grande tolérance.

Plus intéressantes sont les expériences sur les nourrices.

Mais ici, il ne peut s'agir que de doses thérapeutiques ou de fortes doses administrées par erreur. Les opinions des différents auteurs sont contradictoires.

Pinzani (cité par Marfan : traité de l'allaitement). Opium et morphine administrés à doses thérapeutiques ne s'éliminent pas par le lait, ou moins sous forme d'alcaloïdes connus.

Fehling, H. Dechavannes (thèse Lyon 1918), Meyer et Gottlieb (Die experim. Pharmacologie 1925), disent qu'à doses thérapeutiques, la morphine passe dans le lait, mais en petites quantités.

Ce sont surtout les faits cliniques qui nous permettent d'affirmer que le lait d'une nourrice morphomane contient indiscutablement de la morphine.

En effet, on relève dans de nombreuses observations, parmi lesquelles celles que nous citons, que les nourrissons qui présentaient des signes indiscutables de besoin de morphine, étaient immédiatement calmés par le lait maternel.

Il paraît naturel de conclure que l'allaitement maternel est très utile pour faire franchir au nouveau-né le pas le plus dangereux. L'enfant mis au sein prospère généralement, si l'allaitement maternel est satisfaisant. Mais on ne doit pas le poursuivre trop longtemps, et nous pensons qu'il faut essayer de sevrer l'enfant dans les premières semaines, avant qu'il ne prenne trop de morphine, ce qui pourrait nuire à son développement.

Gottlieb et Meyer insistent sur le fait que le fœtus *in utero* supporte de grosses doses de morphine, alors que l'enfant à la naissance est très sensible à ce toxique. Il faut, écrivent-ils, « que la nourrice se défie car une intoxication de l'enfant est possible ». Néanmoins, les cas de ce genre doivent être extrêmement

rare. Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'observations confirmant cette opinion.

Le véritable danger que court l'enfant abandonné à sa mère c'est d'être volontairement intoxiqué par celle-ci pour des raisons sans doute multiples, mais dont la principale est indiscutablement ce prosélytisme des morphinomanes : « La contagion morphinique ». Si l'on pratique l'allaitement maternel, il faudra étroitement surveiller mère et enfant.

Et, aussitôt que possible, on entreprendra le sevrage de l'enfant; en principe un simple sevrage progressif paraît suffisant, mais on se trouve souvent obligé de pratiquer une véritable désintoxication.

c) Administration de morphine à l'enfant.

D'autre part, l'indication de donner de la morphine à l'enfant peut se poser dès la naissance : en effet,

a) nous avons vu que la crise d'abstinence peut se manifester très précocement, avant l'établissement de la lactation;

b) le nourrisson peut refuser le sein ou encore vomir tout ce qu'il prend;

c) enfin, assez souvent, la mère n'a pas assez de lait. Nous avons vu que cette hypogalactie doit être rattachée à son intoxication.

Voyons quelles sont les doses préconisées par différents auteurs dans des cas de morphinisme du nouveau-né.

Laase donne à un nourrisson, avant qu'il ne tette cinq gouttes d'une solution « parégoric » (préparation

opiacée américaine) versées goutte à goutte avec une pipette. Ces cinq gouttes sont répétées toutes les 5 à 10 minutes, jusqu'à disparition des symptômes.

Aleixandre a pu injecter toutes les 20 heures un centigramme de morphine. Les injections furent répétées à doses décroissantes pendant 38 jours. Il n'observa plus de signes d'abstinence après les premiers jours.

Van Kleeck donne des gouttes de teinture d'opium.

Petty donne les indications suivantes : « Le traitement sera institué dès qu'apparaîtront les signes d'abstinence. On donne une goutte de laudanum toutes les demi-heures jusqu'à disparition des symptômes ou apparition du sommeil ».

Dans notre cas personnel : nous avons administré au nourrisson 5 milligrammes de chlorydrate de morphine par jour, par voie buccale en six prises, ceci pendant une semaine. Nous avons diminué la dose de 1 milligramme la semaine suivante. Les troisième, quatrième et cinquième semaines, la dose a été abaissée à 3, 2, 1 milligramme par jour. La sixième semaine, nous avons cessé toute administration de morphine.

En conclusion.

Si la morphinomanie de la mère est connue durant la grossesse, il faut de suite tenter la désintoxication progressive. Cette manœuvre paraît sans danger pour le fœtus. Si l'on réussit, en même temps que l'on traite la morphinomanie de la mère, on prévient le mor-

phinisme du nouveau-né. Si cela n'a pu être fait, il faudra traiter ce morphinisme.

a) Dans un premier temps, pour éviter l'apparition des manifestations d'abstinence, dont les conséquences peuvent être graves, étant donné la fragilité du nouveau-né, il faudra administrer de la morphine. On peut user de deux méthodes.

Laisser l'enfant à sa mère, c'est par le lait maternel que la morphine sera donnée.

Sevrer l'enfant et donner une solution de morphine.

Comme on ne peut connaître la dose exacte que réclame l'organisme de ce nouveau-né, dose probablement variable en fonction du degré d'intoxication de la mère et de la perméabilité placentaire, on recourra avec avantage à une solution de morphine très diluée et administrée à doses fractionnées.

b) Dans un second temps, il faudra diminuer peu à peu les doses de morphine, afin de réaliser la désintoxication progressive de l'enfant.

CHAPITRE SIXIEME

CONSIDERATIONS GENERALES

Le morphinisme du nouveau-né étant maintenant exposé, il convient de dégager à son sujet quelques considérations d'ordre général.

Une première notion apparaît : le contraste entre la sensibilité de l'organisme de l'enfant jeune, vis-à-vis de la morphine et la tolérance qui, pendant la vie intra-utérine, s'établit chez le fœtus, lui permettant de supporter en permanence, plusieurs mois durant, une dose de cet alcaloïde qui devient chez lui nécessaire.

Et cependant, on sait que, après la naissance, dans les premiers temps de la vie, la plupart des auteurs recommandent d'employer ce médicament avec la plus grande prudence. Sur ce point les avis ne sont pas unanimes. De nombreux travaux ont été publiés sur le sujet. L'un d'eux, dû à M. Wiki (de Genève), présente une riche documentation. La thèse de M. Delthil (Paris, 1928) contient, elle aussi, des renseignements détaillés. Il en résulte que, morphine et d'une façon générale opiacés, ne doivent pas être écartés de la thérapeutique infantile, mais il faut les employer avec circonspection, fractionner, diluer les doses et surveiller attentivement leurs effets. En particulier, la prudence est nécessaire chez le nouveau-né non morphinisé.

Parallèlement, force est d'admettre que l'embryon

et le fœtus ne présentent pas cette susceptibilité particulière. Il s'établit chez eux une insensibilisation progressive une accoutumance au poison.

Où et comment cette accoutumance est-elle réalisée ? Quels tissus en sont le siège ? C'est là le problème dont la clé ne peut être fournie. Deux données sont certaines : à la condition que les doses de morphine arrivant au fœtus ne soient pas excessives, le fœtus les supporte parfaitement. Elles ne sont pas nocives pour lui puisqu'il est assez fréquemment constaté que malgré cet apport répété, quotidien, le développement corporel du fœtus n'est pas entravé. D'autre part, à côté de cette accoutumance, il existe un besoin impérieux de recevoir le toxique, la privation de celui-ci entraîne des accidents manifestes, traduisant une « carence ». On les désigne sous le vocable général de symptômes d'abstinence. Ils sont identiques à ceux que présente l'adulte. Ils traduisent un besoin « somatique ». Il ne semble pas logique d'invoquer un facteur psychique. Tout se borne à une exigence cellulaire ou tissulaire. Le système nerveux central n'est pas le point de départ de ces manifestations d'abstinence. C'est en quoi l'analyse de celles-ci offre un puissant intérêt et c'est aussi la raison pour laquelle on doit les désigner sous le terme de morphinisme et non de morphinomanie. Au surplus, le sujet de l'accoutumance prête à d'intéressantes considérations. Nous ne pouvons l'aborder ici. Des études entreprises, la seule remarque à faire est que le syndrome de l'abstinence indubitablement existe dans la vie intra-utérine, chez un être humain imparfaitement déve-

loppé corporellement. Mais les manifestations qui traduisent la privation sont si caractérisées que son existence impose et même commande, lors de la cure de désintoxication, circonspection et prudence.

Une autre remarque doit être faite. A tout prendre, l'organisme en voie d'édification du fœtus n'est pas d'une susceptibilité spéciale vis-à-vis de certains agents en apparence perturbateurs. Là encore, il faut montrer la continuité entre certains agents, virus ou agents physiques et la morphine elle-même.

Il est inutile d'insister sur les altérations que le spirochète ou tréponème pâle de Schaudinn et Hoffmann de la syphilis congénitale engendre chez le fœtus, lorsque, à partir du cinquième mois, il peut passer à travers le placenta et atteindre le fœtus. Aucune accoutumance n'est réalisée. Les lésions des tissus ou des organes peuvent, dans certains cas, atteindre profondément l'organisme de l'être nouveau. C'est là un exemple de lésions se développant pendant la vie intra-utérine et causées par un parasite ancien.

Dans un domaine différent, mais créées par un agent physique, sont les altérations dues à l'application, dans un but thérapeutique, des rayons X. Actuellement, grâce à de multiples recherches, on sait que la roentgenothérapie poursuivie pendant un temps plus ou moins long, dans les premiers mois d'une grossesse dont l'existence est ignorée, peut entraîner pour le fœtus de grands dommages, en particulier des hypoplasies ou des aplasies du système nerveux central (microcéphalie, agénésie de l'encéphale, oculaires et

même cardiaques). Cette thérapeutique s'exerce en général sur des affections que l'on suppose devoir être des fibrômes utérins et elle peut être fortement nocive pour la vie et les tissus de l'embryon.

Il existe donc un contraste manifeste entre les effets créés par un parasite, un agent physique et, d'autre part, un poison chimique, les deux premiers lésant plus fortement l'embryon ou le fœtus, le troisième engendrant un besoin organique impérieux, mais dans la majorité des cas n'entravant pas son développement corporel, amenant à cette période prénatale une modification somatique exactement semblable à celle qui se crée progressivement chez l'adulte. Là est le grand intérêt qui, du point de vue biologique s'attache à la morphinomanie étudiée en obstétrique.

CONCLUSIONS

Dans ces dernières années, des recherches intéressantes ont été consacrées à l'étude du « Morphinisme du nouveau-né ». Il en ressort les conclusions suivantes :

Chez les morphinomanes, les grossesses sont peu fréquemment observées.

Contrairement à l'assertion antérieurement basée sur un nombre insuffisant d'observations, la toxicomanie n'exerce pas obligatoirement une action défavorable ou funeste sur le fœtus. Un nombre assez grand de mères morphinomanes peuvent mener à bien des grossesses et accoucher d'enfants qui, corporellement, sont bien constitués.

Le fœtus et le nouveau-né supportent des doses de morphine dont l'évaluation exacte est difficile; mais la tolérance de l'un et de l'autre peut être considérée comme élevée. Il se crée ainsi chez eux une accoutumance. Cet état spécial a pour corollaire que s'ils sont privés d'un toxique devenu chez eux indispensable, le fœtus et le nouveau-né présentent des signes caractérisés — et caractéristiques — d'abstinence.

L'avis presque unanime des auteurs est que, dans le cours de la grossesse on doit entreprendre la cure de désintoxication de la mère, donc celle du fœtus. Mais

il est indispensable d'éviter le syndrome de l'abstinence.

Tandis que la morphinomanie maternelle engendre le morphinisme du fruit, il n'est nullement prouvé que l'intoxication chronique du père ait sur l'enfant une répercussion. La toxicose maternelle se transmet pendant la vie intra-utérine, la toxicose paternelle ne paraît pas imprégner le germe, l'élément mâle.

Vu :
LE DOYEN :
LÉPINE.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
VORON

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 12 Juin 1941

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ :

P. E. GAU

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — L'hérédité morbide, 1 vol. de 300 p. chez E. Flammarion, Paris, 1920, p. hérédité toxique morphinomanie et intoxication par les stupéfiants, p. 86-87.
- BENICKE (F.). — Beitrag zur Lehre von der Wirkung von Arzneimitteln auf den Fötus. *Zentralblatt Gynäkologie* 1879. S. 179.
- BRAITHWAITE. — A case in which the hypodermic injection of morphia was suddenly discontinued after its use daily in large doses for seven years. *The Lancet* 1878, p. 874.
- BROUARDEL P. — Opium, morphine et cocaïne, 1 vol. de 156 pages, chez Baillière, 1906.
- CROTHERS. — Neurologisches. *Zentralblatt* 1893. S. 651.
- HUTINEL (V.). — Les maladies des enfants, 1909. Tome I. Article hérédité (Hutinel et Lesné), p. 113.
- KOLDA (J.). — Du passage des substances médicamenteuses dans le lait, 21 octobre 1925. *Le lait* 1926.
- KORMANN (E.). — Unschädlichkeit von subkutanen Morphininjektionen in der Schwangerschaft einer Morphiohagin. Geburt eines Gesunden, noch jetzt lebenden Kindes. *Deutsche med. Wschr.* 1877. S. 356.
- DÉCHAVANNE (H.). — Du passage des substances médicamenteuses et toxiques dans le lait. *Thèse Lyon* 1909.

- DETHIL (P.). — L'opium chez l'enfant. Paris, 1928, 80 p.
- ERLENMEYER (A.). — Die Morphiumsucht 3 Aufl. *Verlag Heuser*. Berlin, 1887.
- FABRE (R.). — Manuel de toxicologie. VII, p. 55.
- FÉRÉ (C.). — Morphisme et grossesse. *Progrès Médical* du 27 oct. 1883, n° 43, p. 847.
- FLASKAMP (W.). — Röntgenshäden. 1 vol. de 265 p., chez Ursan et Schwarzenberg Berlin-Wien, 1930.
- FOOTE (J.-A.). — Diseases of the New-born. 1 vol. 231 p, *Lippincott*, Philadelphie 1926.
- FURST (G.). — Morphiurn bei Schwangeren Cebärenden und Säugenden. *Zentralblatt Gynäkologie*, 1891. S. 73.
- GIRAUD (B.). — Morphine et puerpéralité. *Thèse de médecine* 1914-1915, Lyon. Ass. Typogr. Lyonn.
- GOSSMANN. — Deutsche Medizinische Wochenschrift 1879. S. 431, 450, 463.
- GRALL et CLARAC. — Traité de pathologie exotique. Intoxications et empoisonnements, tome V, 452 p. Baillière, 1911.
- KRAINIK (R.). — Les toxicomanies. 1 vo. de 186 p., chez Doin, Paris 1939.
- LAFFONT (A.) et FULCONIS (H.). — Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies compliquant la grossesse. 5039 bis. T. II, 1934, p. 7.
- LANGSTEIN (L.). — Über das Schicksal von morphiomsüchtigen Frauen geborener Säuglinge. *Medizinisch. Klinik*, 1930. Bd 26. S. 500.
- LEVINSTEIN — La morphinomanie, 1879.
- LEWIN (L.). — Traité de toxicologie, traduit par Pouchet, 1903.

- LUTZHOFT. — Ein fall von Kongenitalem Morphinismus.
Hosp. tidende, 1903. Bd XI. 4 R. S. 2919.
- MARFAN (A.). — Traité de l'allaitement, 1920, p. 277.
- MENEGAUX. — La mamelle. Encyclopédie médico-chirurgicale. *Gynécologie*, p. 810.
- MENNINGER-LERCHENTHAL (E.). — Die Morphinkrankheit der Neugeborenen morphinistischer Mütter (in Monatschrift für Kinderheil-Kunde), 1934. Bd. 60 4 2/3. S. 182-193 (Bibliogr. importante).
- MEYER (H.) et GOTTLIEL (R.). — Die Experimentale Pharmakologie, 1925. S. 267, 270, 704.
- MÜLLER O. — Schicksal von morphiumsüchtigen Frauen geborener Säuglinge. *Medizinisch Klinik*, 1930. Bd 26.
- NOIROT. — Les troubles génitaux dans la morphinomanie de la femme. *Thèse Lyon*, 1902.
- OGIER (J.). — Sensibilité spéciale des enfants à la morphine. Traité de chimie toxicologique, 2 vol. (1^{er} vol., p. 242. Doin, Paris, 1924.
- POHLISCH (K.). — Die Kinder männlicher und weiblicher Morphinisten. Leipzig 1934. Monogr. de 76 p. chez Thieme (bibliogr. importante).
- RÉGIS — Traité de psychiatrie, 1914. V^e Edition, p. 587.
- RITTER VON REUSS (A.). — Die Krankheiten der neugeborenen. Berlin, 1914. S. 83.
- SYSAK (N.). — Zur frage der pathologisch anatomischen Veränderungen bei akuter und chronicher Morphinium vergiftung. *Virchow Arch.*, 1925. S. 254, 166.
- TARNIER et BUDIN. — Traité sur l'art des accouchements.
- Tow (Abraham). — Diseases of the new-born. London 1937, p. 395.

VINAY (Ch.). — Traité des maladies de la grossesse, 1894, p. 824.

VON SASCHKE. — Physiologie Pflege und Ernährung des Neugeborenen, 1927. 2 Aufl. S. 305.

WEISS (R. F.). — Über die Behandlung der Neugeborenen morphiumsüchtiger Frauen in Medizinische Klinik, 1930. I. II. N° 32, p. 1192.

WIKI (B.). — L'opium chez les enfants. *La Suisse Romande*. Genève, 1910, 29 pages.

ZAMBACCO — Contribution à l'étude de la morphine, 1884. *L'Encéphale*, p. 658.

N.-B.

CADÉAC et MALET. — Le passage de la morphine de la mère au fœtus. In *Allg. med. Centr. Zeitung*, 1886. n° 12, p. 199. — Ces deux auteurs sont cités dans tous les ouvrages ayant trait au morphinisme du nouveau-né ; ils auraient prouvé le passage de la morphine à travers le placenta. En réalité, il s'agit d'une très grossière erreur de traduction. Nous avons trouvé dans le compte-rendu des séances de l'Académie des Sciences à Paris du 11 janvier 1886 l'article original de Cadéac et Malet : il s'agit en réalité de la transmission de la morve de la mère au fœtus.

TABLE DES MATIERES

Chapitre Premier	7
Chapitre Deuxième	19
Chapitre Troisième	27
Chapitre Quatrième	31
Chapitre Cinquième	53
Chapitre Sixième	61
Conclusions	65
Bibliographie	67

RAPID[®] COPY - LYON

